

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**A COMUNICAÇÃO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM  
PARALISIA CEREBRAL: um relato de experiência**

**ANA CLAUDIA ELIAS**

**Porto Alegre  
2014**

**ANA CLAUDIA ELIAS**

**A COMUNICAÇÃO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM  
PARALISIA CEREBRAL: um relato de experiência**

Trabalho de Conclusão de Curso de  
Enfermagem da Universidade Federal  
do Rio Grande do Sul como requisito  
para a obtenção do título de Bacharel  
em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Ana Lucia de  
Lourenzi Bonilha

**Porto Alegre  
2014**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por ter me concedido saúde e tranquilidade para me dedicar a este trabalho;

Aos meus pais, Nilson e Ana Lucia, pelo amor incondicional e por não medirem esforços para que eu chegasse até aqui;

Ao meu irmão, Eric, por toda ajuda e paciência;

Ao meu namorado, Mauricio, pela força, incentivo, amor e apoio em todos os momentos;

À minha professora orientadora, Ana Lucia Bonilha, pela tranquilidade, empenho e confiança para que eu pudesse desenvolver este trabalho, sempre atenciosa e compreensiva desde o início das orientações;

Ao professor Irineo Agostini por ter me apresentado a temática, surgindo então meu grande interesse pelo cuidado à criança com paralisia cerebral;

A todos que de alguma maneira contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional, tornando-me a pessoa que sou hoje.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”  
Carl Jung

## **RESUMO**

A paralisia cerebral apresenta repercussões que podem afetar a comunicação dos cuidadores com as crianças. Contudo, isso não significa que estas crianças não sejam capazes de estabelecer uma comunicação efetiva. O estudo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas por uma acadêmica de enfermagem na comunicação no cuidado de crianças com paralisia cerebral. A experiência ocorreu no período de abril a dezembro de 2012, em uma instituição filantrópica que abriga crianças provenientes de famílias da região metropolitana de Porto Alegre. Por meio deste relato a autora apresenta formas de comunicação verbal e não verbal que podem ser estabelecidas com as crianças com paralisia cerebral nas ações de cuidado. Ressalta-se desta forma que o aprendizado sobre comunicação é fundamental para a humanização no cuidado de enfermagem à criança com paralisia cerebral.

**Descritores:** Cuidado da Criança; Enfermagem; Paralisia Cerebral; Comunicação.

## ***ABSTRACT***

Cerebral palsy has repercussions that can affect the quality of the communication between caregivers and children. However, this does not mean that the latter are not able to establish effective communication with the former. The study aims at reporting the experiences of an academic nurse's communication in the care of children with cerebral palsy. The experiment took place from April to December 2012 in a philanthropic institution that houses children of families who live in the metropolitan area around Porto Alegre. Through this report, the author presents forms of verbal and nonverbal communication that can be established with children with cerebral palsy in the care actions. It is noteworthy, therefore, that learning about communication is fundamental to the humanization of nursing care for children with cerebral palsy.

**Descriptors:** Child Care; Nursing; Cerebral Palsy; Communication.

## ***RESUMEN***

La parálisis cerebral presenta repercusiones que pueden afectar la comunicación de los cuidadores con los niños. Esto no significa que estos niños no tengan la capacidad de establecer una comunicación efectiva. El estudio tiene como objetivo narrar las experiencias

vividas por una enfermería académica em la comunicación en el cuidado de niños com parálisis cerebral. Tal estudio ocorreu em el período de abril a diciembre de 2012, en una intuición filantrópica que ampara niños de familias de la región metropolitana de Porto Alegre. Por esta narración la autora presenta formas de comunicación verbal y no verbal que pueden ser establecidas con los niños con parálisis cerebral em acciones del cuidado. Hay que destacar que el aprendizaje sobre comunicación es fundamental para la humanización em el cuidado de la enfermería a los niños com parálisis cerebral.

**Descriptores:** Cuidado Del Niño; Enfermería; Parálisis Cerebral; Comunicación.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	7
2. OBJETIVO GERAL .....	9
3. METODOLOGIA .....	10
3. A CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL .....	11
4. O CONTEXTO NA INSTITUIÇÃO .....	14
5. A COMUNICAÇÃO COM A CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL .....	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	24

## 1. INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral (PC) engloba um grupo de desordens do desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitações da atividade. As desordens motoras da PC geralmente envolvem alterações na sensação, percepção, cognição, comportamento e comunicação (BRASIL, 2013; HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

A comunicação pode ser classificada em verbal ou não verbal, sendo que a comunicação verbal refere-se àquela expressa por palavras por meio da fala ou escrita. A comunicação não verbal é expressa por meio do silêncio, gestos, postura corporal, expressões faciais e olhar.

No caso das crianças com paralisia cerebral, a comunicação interpessoal e com o meio ambiente ficam prejudicadas, expressando-se em sua maioria por comunicação não verbal. As pessoas que convivem e/ou prestam cuidados a essas crianças devem estar atentas aos sinais de comunicação por elas manifestados, facilitando a interação e a compreensão de suas necessidades, desejos e anseios.

Na enfermagem, a comunicação é entendida como um instrumento de necessidade humana básica e como uma competência da enfermeira que deve ser desenvolvida enquanto habilidade por meio do aprendizado de teorias de comunicação, medidas terapêuticas e técnicas de enfermagem (SADALA; STEFANELLI, 1996).

No curso de graduação em Enfermagem de uma universidade pública do Rio Grande do Sul, na disciplina de cuidado à criança, surgiu o interesse da autora, acadêmica de enfermagem, pelo cuidado à criança com paralisia cerebral e a oportunidade de desenvolver e aprimorar tal habilidade de comunicação. O campo de prática disciplinar ocorreu em uma instituição filantrópica que abriga crianças e adolescentes com paralisia cerebral, na região metropolitana de Porto Alegre. Trata-se de crianças retiradas dos lares por maus tratos, abandonadas pelas famílias ou aquelas sem condições sócio-econômicas de manter os cuidados especiais que estas crianças necessitam.

Nesta instituição prestava-se atendimento direto às crianças, realizando-se ações de cuidado de enfermagem, sob supervisão de um professor da disciplina. Cuidados como passagem de sonda nasogástrica, banho, higiene e conforto, limpeza de cânula de traqueostomia, troca do seu cadarço e curativos, aspiração de vias aéreas superiores, dentre outros são frequentes. Ao término deste estágio, a acadêmica de enfermagem estava



estimulada a estudar e aprofundar o tema da criança com paralisia cerebral e foi convidada a participar de um projeto de extensão na referida instituição. Neste projeto, esta acadêmica pode realizar os mesmos cuidados de enfermagem, além de ser monitora acadêmica junto as turmas de graduação que passaram pela instituição. Permaneceu no projeto de extensão de abril a dezembro de 2012.

Durante as experiências relatadas, a autora pode observar o quanto a comunicação pode ser prejudicada pela ausência de verbalização, restrição de movimentos e limitações que as crianças com PC apresentam e o quanto essa condição pode interferir no cuidado a estas crianças. Essas têm necessidades de se expressar e interagir, de serem compreendidas e atendidas em suas necessidades básicas e suas vontades. A angústia na tentativa de se fazer entender destas crianças, fez com que a autora deste trabalho percebesse o quanto a comunicação com estas crianças é essencial para qualquer cuidado a ser realizado.

A rotina de execução das ações de cuidado, atrelada ao estigma e aos preconceitos que a paralisia cerebral tem diante da sociedade, pode fazer com que os profissionais toquem sem sentir, olhem sem ver e escutem sem ouvir. O enfermeiro que cuida diretamente destas crianças e a comunicação que estabelece com elas, permitem não só a realização de procedimentos, como um convívio mais tranquilo com a criança com PC. Permite ainda uma interação mais adequada dentro de um ambiente proporcionando a elas uma vida mais digna e uma prestação de cuidados mais efetivo e humanizado

Sendo assim, a finalidade deste trabalho é relatar experiências vivenciadas em relação à comunicação no cuidado à criança com paralisia cerebral.

## **2. OBJETIVO GERAL**

Relatar as experiências vivenciadas por uma acadêmica de enfermagem na comunicação durante o cuidado de crianças com paralisia cerebral em um abrigo institucional.

### **3. METODOLOGIA**

Para relatar a experiência de aprendizagem da comunicação com crianças portadoras de paralisia cerebral vivenciada por uma acadêmica de graduação de enfermagem em um abrigo institucional, optou-se por descrever a criança com paralisia cerebral, o contexto na instituição e a comunicação propriamente dita.

### **3. A CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL**

A encefalopatia crônica da infância foi descrita pela primeira vez por Little no ano de 1843. Tratava-se de uma patologia caracterizada pela rigidez muscular e causada por diferentes fatores. Freud, em 1897, sugeriu o termo paralisia cerebral (PC), que posteriormente foi consagrado por Phelps quando se referiu a um grupo de crianças apresentavam transtornos motores em maior ou menor grau devido à lesão do sistema nervoso central (SNC). A partir do Simpósio de Oxford de 1959 a expressão PC ficou conhecida como é hoje (ROTTA, 2002).

A paralisia cerebral (PC) é um grupo de desordens do desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitações da atividade, estas são atribuídas a distúrbios não progressivos que ocorreram no desenvolvimento do cérebro. As desordens motoras da PC geralmente envolvem alterações na sensação, percepção, cognição, comportamento e comunicação. Podem ou não ser acompanhadas de crises convulsivas (HOCKENBERRY; WILSON, 2011, BRASIL, 2013;).

O comprometimento do SNC nos casos de paralisia cerebral decorre de fatores endógenos e exógenos. Considera-se que o tipo de comprometimento depende do momento em que o agente atua, da sua intensidade e da sua duração (ROTTA, 2002). Sendo assim, as causas de PC podem ser divididas em três grupos: fatores pré-natais, fatores perinatais e fatores pós-natais (BRASIL, 2013). Estima-se que até 80% dos casos de PC sejam causados por fatores pré-natais (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Os fatores pré-natais incluem as infecções congênicas por citomegalovírus, rubéola e toxoplasmose. As infecções maternas, principalmente quando acometem a mulher no primeiro e segundo trimestre gestacional são responsáveis por danos neurológicos na criança. A falta de oxigenação ao feto, uso de algumas medicações específicas durante a gestação, uso abusivo de álcool e drogas ilícitas, traumatismos abdominais severos ou queda da gestante também são considerados fatores causais. Uma das causas importantes, no período pré-natal, de ocorrência de PC é a má formação congênita, incluindo as más formações de desenvolvimento cortical. Entretanto, a paralisia cerebral pode ser prevenida em muitos destes fatores com a melhoria do atendimento a saúde da mulher (ROTTA, 2002; ZANINI; CEMIM; PERALLES, 2009; BRASIL, 2013).

Os fatores perinatais são basicamente causados pela anoxia neonatal. Pode-se observar o grau de asfixia aguda pelo índice de Apgar<sup>1</sup>. A severa asfixia ao nascimento pode levar à PC, no entanto, estudos mostram que esta não é uma causa comum, com prevalência de 6 a 8% dos casos. Mais importante do que a asfixia aguda é a asfixia crônica que ocorre no período pré-natal, podendo resultar como descrito anteriormente no comprometimento cerebral. Os eventos que levam ao dano cerebral, podendo causar PC, são a diminuição de oxigênio devido à hipoxemia e a isquemia. A hipoxemia é a diminuição de oxigênio no sangue e a isquemia é a diminuição de perfusão de sangue no cérebro, sendo a forma mais grave de privação de oxigênio (ZANINI; CEMIM; PERALLES, 2009; BRASIL, 2013)

Os fatores pós-natais que causam a paralisia cerebral são as infecções na infância e traumatismos. Nota-se que estas causas após o nascimento são evitáveis. Por meio de uma medida relativamente simples de saúde pública, a imunização, pode-se prevenir as principais infecções que podem ocasionar danos à criança. Traumatismos acidentais e não acidentais também podem ser evitados através de medidas de prevenção de acidentes e programas educacionais e de apoio e proteção à criança (ZANINI; CEMIM; PERALLES, 2009; BRASIL, 2013)

A incidência de PC em países desenvolvidos é de duas a três crianças a cada 1000 nascidas vivas. No Brasil há uma escassez de estudos que indiquem a incidência de PC, entretanto, em países em desenvolvimento é de sete crianças a cada 1000 nascidas vivas. A diferença explica-se pela precariedade de assistência à saúde da mulher, uma vez que, os eventos pré-natais são a maior prevalência. Estima-se que ocorram cerca de 30.000 a 40.000 novos casos por ano (ROTTA, 2002; ZANINI; CEMIM; PERALLES, 2009).

Classifica-se a paralisia cerebral de diferentes maneiras. A classificação clínica funcional baseia-se na distribuição da função neuromuscular e natureza da mesma. Divide-se em: espática (piramidal), discinética (não espástica, extrapiramidal), atáxica (não espástica, extrapiramidal) e tipo misto (HOCKENBERRY; WILSON, 2011). A espasticidade também é classificada quanto à distribuição anatômica: unilateral ou bilateral. Em função da variação de quadros clínicos existentes são atribuídas outras classificações a fim de identificar o grau de comprometimento motor das funções motoras globais e função manual (BRASIL, 2013). A forma mais frequente é a espástica (piramidal). De acordo com a extensão do comprometimento e a localização da lesão pode manifestar-se por monoplegia, hemiplegia,

---

<sup>1</sup> Índice de Apgar foi desenvolvido em 1952 pela médica Virgínia Apgar para avaliar as condições do recém nascido na sala de parto no primeiro, quinto e décimo minuto de vida.

diplegia, triplegia ou tetraplegia. Em um estudo com 100 crianças com PC, 55 delas apresentavam PC espástica, sendo 25 casos do tipo tetraplégico (ROTTA, 2002).

O diagnóstico precoce é importante para a intervenção e estimulação o mais cedo possível, visando à plasticidade cerebral dos primeiros meses de vida. Existem períodos que possibilitam maiores resultados relacionados à plasticidade cerebral (ROTTA, 2002). No entanto, o diagnóstico na maioria dos casos é tardio e ocorre por volta dos 24 meses de idade. Sabe-se que quanto mais precoce for a estimulação, melhor a resposta da criança (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

A deficiência na marcha, alinhamento postural e manutenção da força muscular prejudicam a autonomia de deambulação e muitas crianças necessitam de órteses ou, em casos mais graves, cadeira de rodas adaptadas. Ao distúrbio motor associam-se outros, tais como epilepsia, deficiência mental, transtornos auditivos, visuais, de conduta, de linguagem (ROTTA, 2002).

A criança com PC tem uma série de alterações que necessitam de cuidados, devendo ser avaliada de maneira global e tratada individualmente. Dificuldades na alimentação devido ao comprometimento motor, podendo ou não necessitar de alimentação enteral por sondas entéricas ou gastrostomias. A disfagia e outras alterações no processo de alimentação podem se agravar, interferindo na respiração e causando aumento das infecções respiratórias; estas são uma das mais importantes causas de morbidade e mortalidade em pessoas com paralisia cerebral. Dois terços dos pacientes apresentam tosse, estridores e alguns, apneias; nesses casos, é indicado a traqueostomia. Assim há também nos distúrbios do sono decorrentes de obstrução de vias aéreas por glossoptose, fraqueza muscular faríngea, hipertrofia de adenóides ou disfunções encefálicas que comprometem o controle respiratório. (BRASIL, 2013)

O desenvolvimento da linguagem envolve a integridade do sistema nervoso central (SNC). Transtornos de linguagem são muito frequentes. O desenvolvimento da fala e a comunicação afetam cerca de 31% a 88% das crianças com paralisia cerebral. As dificuldades motoras dessas crianças limitam as experiências na interação com objetos e pessoas (ROTTA, 2002; HOCKENBERRY; WILSON, 2011; BRASIL, 2013).

O prognóstico varia de acordo com a gravidade da incapacidade funcional da criança. Quanto mais grave, pior o prognóstico. Crianças com incapacidade física, grave retardo mental, alimentação por sondas e com crises convulsivas graves têm uma expectativa de vida curta (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

#### **4. O CONTEXTO NA INSTITUIÇÃO**

A experiência desenvolveu-se em um abrigo institucional do município de Porto Alegre- RS que acolhe crianças com lesões cerebrais graves e deficiência motora permanente, sendo a maioria destas com diagnóstico de paralisia cerebral. São provenientes de famílias carentes e deestruturadas da região metropolitana de Porto Alegre, em geral essas famílias não tem condições sócias econômicas para prestar os cuidados especiais que uma criança com PC necessita; outras foram retiradas das famílias por maus-tratos.

Nesta instituição, abrigam-se em torno de 38 crianças com paralisia cerebral. Dentre elas, apenas duas deambulavam com auxílio. As demais eram acamadas e dependiam dos cuidadores para sentarem em cadeiras de rodas, mudarem de decúbito no leito, cuidados de higiene e conforto e alimentação.

A alimentação se dava para a maioria das crianças por sondas nasogástricas ou gastrostomias. As demais se alimentavam por via oral, em sua maioria eram alimentos de consistência pastosa, dependendo de um responsável para auxiliá-las no processo de alimentação.

Dentre as 38 crianças, apenas uma verbalizava e possuía a cognição preservada. As outras se expressavam através de comunicação não verbal, por meio de gestos, olhares, corporiedade, toque, mímicas e grunidos.

A instituição prestava atendimento permanente às crianças com PC com uma equipe multidisciplinar composta por: médico pediatra, médico neurologista, nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicopedagoga, enfermeira, técnicos de enfermagem e demais cuidadores. Dentre os cuidadores alguns eram técnicos de enfermagem, outros eram pessoas leigas da comunidade, que foram contratadas como funcionárias e recebiam treinamento e capacitações da equipe de saúde para cuidar das crianças. Competem a estes os cuidados com a troca de decúbito e posicionamento no leito, transferência da criança da cama para a cadeira de rodas e vice-versa, banho, troca de fraldas e auxílio na alimentação. Os cuidados ocorriam sempre sob supervisão da enfermeira responsável e dos profissionais da equipe de saúde.

A área física da instituição era composta de três enfermarias, onde as crianças ficavam alojadas. Cada qual tinha sua cama ou berço, de acordo com a idade, tamanho e necessidades especiais. Todos com grades de segurança, almofadas e coxins para adequar o posicionamento às limitações e deformidades físicas de cada uma. Uma das enfermarias possuía equipamentos

de parede com oxigênio e ar comprimido e destinava-se àquelas crianças que necessitam de oxigenoterapia contínua ou nebulizações e aspirações de vias aéreas frequentes.

Além das três enfermarias, havia dois quartos privativos para duas crianças que possuíam autonomia relativa nos cuidados; elas deambulavam com dificuldades, mas não necessitavam de auxílio, apenas supervisão. Uma delas verbalizava perfeitamente e a outra verbalizava com dificuldades por apresentar deficiência cognitiva e síndrome de Down.

Havia três banheiros na instituição: dois banheiros adaptados, com banheira própria para o banho das crianças com paralisia cerebral e um banheiro comum para duas das crianças que tinham condições de realizar os cuidados de higiene sob supervisão.

O que diferenciava a rotina dos cuidados era a forma com que a equipe se comunicava com essas crianças e a maneira com que estas eram abordadas para realização dos cuidados e demais procedimentos.



## **5. A COMUNICAÇÃO COM A CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL**

Os primeiros dias vividos na instituição foram desafiadores. Um dos objetivos do estágio era prestar cuidados de enfermagem, tais como: colocação de sondas gástricas, limpeza de traqueostomias, cuidados com a administração da dieta, aspiração de vias aéreas, dentre outros. No entanto, o principal desafio foi manter a comunicação com as crianças com paralisia cerebral.

A comunicação é um processo que consiste em compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas. A maneira como se dá este intercâmbio exerce influência no comportamento das pessoas envolvidas a curto, médio e longo prazo (STEFANELLI, 1993). Basicamente a comunicação divide-se em dois tipos: a verbal e a não verbal. A comunicação verbal é aquela referente às palavras. Trata-se de elementos da linguagem que utilizamos para nos comunicar. A linguagem é expressa por meio da fala/verbalização ou da escrita. O ser humano apropria-se das palavras com a finalidade de expressar suas necessidades ao mundo, sendo a linguagem é fortemente influenciada pela cultura (INABA; SILVA; TELLES, 2005, STEFANELLI; CARVALHO, 2005,).

A comunicação não verbal refere-se as mensagens emitidas pela linguagem corporal, expressões faciais, postura do corpo, gestos, entre outros. Envolve todo o corpo com suas qualidades fisiológicas, gestuais e físicas. Inclui-se nesta definição os elementos utilizados pelo ser humano e os colocados no ambiente. Dois terços de tudo que comunicamos nas interações pessoais são transmitidos de forma não verbal. É possível se comunicar de forma não verbal sem utilizar a verbal, mas o contrário é impossível (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Na convivência com crianças com paralisia cerebral, a autora acadêmica primeiramente identificou que é necessário uma aproximação por parte dos profissionais a fim de estabelecer uma comunicação com as crianças, uma vez que estas, devido a suas limitações, não conseguem iniciar este processo. O que foi observado é que, muitas vezes, os cuidadores por não saberem se as crianças seriam capazes de estabelecer uma comunicação, seja ela verbal ou não, acabam não se dirigindo a elas. Compreender as condições das crianças e as conseqüências para o seu desenvolvimento são fundamentais para o entendimento da importância da comunicação no cuidado.

O preconceito gerado pela crença de que a criança é incapaz de comunicar-se, dificulta e, muitas vezes, impede o cuidador de interagir e comunicar-se com a criança, além de não valorizar o esforço das pessoas que buscam manter esse vínculo. Se não acreditar-se que, em maior ou menor grau, a criança consegue entender e comunicar-se a sua maneira, nunca será possível aproximar-se desta criança e manter uma interação e comunicação. Desta forma, cria-se uma barreira entre a criança e profissional que torna o cuidado meramente mecânico, sem interação ou qualquer tipo de comunicação (BALTOR; BORGES; DUPAS, 2014).

A autora acredita ser fundamental reconhecer a criança com PC como um ser único e individual, um ser humano que deve ser tratado pelos profissionais e cuidadores com respeito, em que os mesmos busquem transmitir segurança e confiança pelo diálogo, toque, olhar e atenção às expressões faciais destas crianças. Nenhum movimento ou expressão corporal é destituído de significado no contexto em que se apresenta (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Durante o período de permanência na instituição, a autora buscou desenvolver formas de estabelecer a comunicação com as crianças com a finalidade de qualificar e individualizar o cuidado de enfermagem. Sendo assim, esta utilizou de ferramentas das teorias da comunicação verbal e não verbal com o propósito de aproximar-se ainda mais das crianças, compreendendo suas necessidades e aprimorando a habilidade de comunicação.

Uma destas formas foi o toque terapêutico. Este identificado como um mecanismo de interação e comunicação entre a enfermeira e a criança. Ele deve ser espontâneo e transmitir apoio, conforto e calor humano. O toque permitiu a autora aproximar-se da criança com paralisia cerebral de modo empático. Ele está inserido no contexto de manifestações não verbais que possibilitam a enfermagem demonstrar não só sua habilidade técnica mas também sua capacidade de ser solidária e compreensiva (DIAS; et al, 2008). A empatia é um componente essencial na comunicação humana, trata-se de colocar-se no lugar do outro, de compreender o mundo da criança que é cuidada e perceber suas necessidades (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Uma das crianças abrigadas na instituição possui além das deformidades físicas e retardo do desenvolvimento motor e cognitivo, deficiências como a perda da acuidade visual e auditiva. Num primeiro momento, a autora questionou-se a respeito de como mostrar a ela que desejava comunicar-se. Sabendo-se que ela não ouvia e não enxergava a única forma de comunicação com esta criança seria o toque. Certa vez, esta criança que estava agitada e chorosa, somente com a aproximação ficou atenta, mais quieta, percebendo a presença da autora. Ao tocá-la e acariciá-la de maneira afetuosa e com demonstração de cuidado e atenção,

ela manteve-se tranquila e parou de chorar. Em seguida, procurou as mãos da acadêmica e, ao encontrá-las, segurou-as firmemente e sorriu. Considera-se que os gestos são também formas de comunicação não verbal e por meio deles o profissional ou cuidador consegue minimizar as condições de fragilidade destas crianças (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Ainda como forma de comunicação não verbal, a corporiedade aparece como o modo com que o cérebro reconhece e utiliza o corpo como instrumento para se relacionar com o mundo. Esta pode ser desvendada por meio dos lugares onde essas crianças são posicionadas, da maneira como vamos tratá-las, abordá-las; não só a linguagem verbal é relevante e portadora de significações, mas também, os gestos, a respiração, os movimentos do corpo, a reação aos estímulos externos (AMORIM; SCORSOLINI-COMIN, 2010).

Outro aspecto observado foi a tendência de alguns cuidadores de impedirem os pequenos gestos de autonomia da criança com PC, por considerarem que essas não são capazes de realizar determinadas ações. Sendo assim, estes cuidadores podem exercer influência positiva ou negativa. Quando as vontades e tentativas de comunicação das crianças acabam não sendo ouvidas, por não serem interpretadas e compreendidas, principalmente em função da dificuldade de fala ou ausência de oralidade, as ações dos cuidadores acabam influenciando de maneira negativa (CUNHA; RÉZIO; FORMIGA, 2012).

Estudos apontam que quanto menor for a quantidade de auxílio fornecido pelos cuidadores nas atividades da criança com PC, mais independentes essas crianças se apresentarão e desempenharão melhor as atividades funcionais. Para tanto, é necessário que os cuidadores compreendam as potencialidades e capacidades funcionais da criança e busquem por meio de atitudes, não superprotetoras, incentivarem e apoiarem sua autonomia (CUNHA; RÉZIO; FORMIGA, 2012).

O fato também ocorre com tantas outras habilidades que estão comprometidas na paralisia cerebral, no entanto, isso não impede que as crianças com PC executem determinadas atividades. É indicado que se estimule a aquisição de novas habilidades ou aprimoramento das já existentes, visto a capacidade plástica do cérebro humano (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Durante muitos anos, o desenvolvimento motor foi explicado exclusivamente pela maturação do SNC. Porém, a teoria dos sistemas dinâmicos, mais aceita atualmente, mostra que o comportamento motor não é influenciado apenas pelo sistema nervoso central, mas também por outros fatores como os ambientais e psicológicos. A estimulação precoce é preconizada pelo método de Bobath. O papel principal deste método consiste em desenvolver

a plasticidade cerebral, estimulando a restauração do estado normal após a lesão no SNC ou modificando a própria estrutura e suas funções (HALLAL; MARQUES; BRACCIALLI, 2008, SOTORIVA; SEGURA, 2013).

A estimulação precoce visa evitar ou minimizar os distúrbios do desenvolvimento neuropsicomotor, estimulando a criança com PC a desenvolver todo o seu potencial. Estimular proporciona efeitos no controle sensório-motor de membros superiores e inferiores, nas posições sentadas e em pé, controle, equilíbrio, destreza nas ações, mobilidade e melhora as atividades da vida diária e na qualidade de vida (HALLAL; MARQUES; BRACCIALLI, 2008; SOTORIVA; SEGURA, 2013).

A hora da alimentação das crianças na instituição é um momento não só de comunicação mas também de estimulação das capacidades em que a autora pôde não só observar, mas também participar efetivamente. Nestes momentos, aquelas crianças que se alimentavam por via oral, são estimuladas a comerem segurando a própria colher ou são auxiliadas pelo cuidador a levá-la até a boca. Outras que faziam uso de mamadeiras eram encorajadas a segurarem com as próprias mãos, sempre sob supervisão de um responsável, a fim de evitar aspirações e pneumonias aspirativas. Portanto, ao realizar-se todas as atividades pela criança, inclusive a fala, não levando em consideração a comunicação não verbal, pode-se incorrer no erro de afirmar que esta é incapaz; sem de fato proporcionar a experiência de conseguir ou não realizar tal ação ou cuidado por ela mesma. Ao não permitir-se isso, haverá desrespeito à criança ou será subestimada sua capacidade de desempenhar tais atividades, talvez julgadas por nós como complexas para esta criança (AMORIM; SCORSOLINI-COMIN, 2010).

É importante ressaltar que o momento da alimentação é uma oportunidade de interação e comunicação. Durante a refeição, podemos observar muitos gestos e mímicas que expressam as vontades, a aceitação, os anseios. Tudo isso contribui para um diálogo mudo por parte da criança com o ambiente e as pessoas. Nesse processo é possível identificar se a criança gostou ou não do alimento oferecido, se está saciada ou se ficou com fome, se está com náuseas e se está gostando da nossa companhia e da nossa conversação.

Alguns procedimentos de enfermagem foram considerados pela autora como necessários para a manutenção da saúde e bem estar dessas crianças. A colocação de sondas nasogátricas foi um destes procedimentos realizados pela autora. As sondas são utilizadas para alimentação enteral e medicações de uso contínuo, como anticonvulsivantes. São trocadas de rotina a cada sete dias, recolocadas quando obstruídas ou se arrancadas pelas próprias crianças acidentalmente. Procedimentos dolorosos e invasivos são frequentes na vida

das crianças com PC, no entanto, a comunicação pode minimizar o sofrimento e os anseios. A autora compreendeu que a falta de informação e esclarecimento à criança sobre qualquer forma de manipulação ou procedimento seria agressivo e traumatizante para a mesma (ORDAHI; PADILHA; SOUZA, 2007).

Outro aspecto que deve ser observado na comunicação é que explicar previamente os procedimentos contribui para um cuidado mais efetivo. É importante que o enfermeiro transmita segurança para a criança antes do procedimento pelo diálogo, explicando o motivo e como será realizado tal procedimento. Isso faz com que a criança, além de não se assustar, possa inclusive colaborar com o cuidado. Desta maneira, o enfermeiro presta o cuidado de modo mais confiável, brando e menos traumático para a criança. Exames laboratoriais também são procedimentos por vezes necessários. Os exames de urina, por exemplo, são realizados por sondagens vesicais de alívio, uma vez que a maioria das crianças com paralisia cerebral não tem controle esfinteriano. A comunicação prévia deste tipo de exame também beneficia estas crianças.

A autora ainda percebeu que o momento do banho é outra situação que permite estreitar o vínculo e favorecer a comunicação entre os profissionais e as crianças. Geralmente são necessárias duas pessoas para realizar o cuidado, de acordo com as deformidades, tamanho e peso de cada criança.

Durante o banho foi possível observar a comunicação não verbal de forma bastante clara. Pôde-se analisar a reação das crianças quanto às sensações de frio ou calor, apreciação ou não por aquele momento, dentre outras situações, como por exemplo, com o uso do sabonete. Quando o mesmo escorria para os olhos, apesar de não verbalizar, pôde-se notar as expressões faciais da criança, a maneira como se movimentava agitada e a tentativa de levar as mãos aos olhos, impossibilitada por sua rigidez e atrofia muscular. Diante disso, a autora concluiu que mesmo não havendo comunicação verbal sobre o fato, houve sim comunicação não verbal demonstrada com gestos, olhar e corporiedade.

Na convivência com as crianças com PC durante o estágio da autora, a comunicação afetiva com as mesmas foi de suma importância. Esta comunicação deu-se pelo carinho, toque e conversas que acabavam por fortalecer o vínculo entre a enfermeira e a criança. Isto tornou ainda mais fácil a comunicação e a compreensão da resposta não verbal com o passar do tempo. No entanto, para que a comunicação afetiva seja vantajosa para a criança, é necessário que a equipe multidisciplinar acredite verdadeiramente que a sua presença, vínculo e comunicação são tão significativos quanto a realização de procedimentos técnicos (BALTOR; BORGES; DUPAS, 2014).

A autora observou a socialização como um fator essencial para essas crianças, dado que o principal meio de interação social é a fala, nelas prejudicada ou ausente. Na instituição, além dos cuidados de enfermagem, experienciou-se participar dos momentos de socialização propostos às crianças. Um destes momentos é a festa para os aniversariantes do mês. Nesse evento, todas as crianças em condições de saúde adequadas são levadas ao salão com iluminação solar e dispostas em círculo. Os aniversariantes são colocados ao redor da mesa que é decorada com bolo, velas e balões coloridos e canta-se os parabéns junto com a equipe multidisciplinar favorecendo a socialização.

Nesta determinada ocasião, a autora pôde presenciar uma das mais belas experiências de comunicação e interação na qual uma das crianças aniversariante com paralisia cerebral sorria e chorava emocionada ao som da música que todos os profissionais cantavam. Era possível notar a alegria e a realização da criança em seu olhar. Esta observava atentamente os balões coloridos, a chama da vela e as palmas. Naquele momento os gestos transcendiam as palavras.

Nas datas comemorativas também são realizadas festas, a fim de propiciar para as crianças momentos de descontração e mantê-las integradas com o mundo. Comemorações como carnaval, páscoa, festa junina, dia das crianças e natal são lembradas e toda a instituição recebe decoração característica, proporcionando ambiente lúdico. Nesses eventos, as crianças são levadas ao salão, colocadas em círculo e ao som de músicas são incentivadas pela equipe de saúde a participar. Este é um dos momentos em que pode-se presenciar claramente a alegria e satisfação das crianças pelos sorrisos e gargalhadas, brilho no olhar e movimentos de braços e pernas movimentando-se sem parar.

A comunicação não verbal abrange cerca de 93% das possibilidades de expressão em um contexto de interação social. As formas de comunicabilidade vivenciadas pela autora evidenciam que a comunicação, seja ela verbal ou não verbal, é indispensável para a interação e cuidado às crianças com paralisia cerebral. (RAMOS; BORTAGARAI, 2012).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela experiência vivenciada foi possível desenvolver uma das habilidades da enfermeira pouco aprofundada e por vezes, ignorada no ensino de graduação. Embora a comunicação tradicional esteja prejudicada ou ausente nas crianças com paralisia cerebral, isso não significa que elas não se comuniquem por meio das diversas formas de comunicação não verbal. Tais formas foram apresentadas pela autora a fim de aprimorar o cuidado à criança com paralisia cerebral, priorizando seu bem-estar, sua saúde e seus direitos.

Sugere-se maior ênfase na comunicação, no aprendizado pelos alunos nas universidades e mais estudos acerca deste tema na área de pesquisa. A aprendizagem, o desenvolvimento e o aprimoramento da comunicação são fundamentais para a interação em todos os níveis da nossa vida: pessoal, social e profissional. A comunicação verbal e não verbal contribui para a humanização no cuidado de enfermagem não só da criança com paralisia cerebral, mas também todo e qualquer paciente impossibilitado de comunicar-se verbalmente.

A importância de conhecer e compreender a resposta não verbal das crianças com paralisia cerebral é essencial não só para prestar atendimento a este tipo de paciente nos períodos de internação, visto que elas são hospitalizadas muitas vezes ao longo da vida. São internadas para cirurgias ortopédicas corretivas, mas, principalmente, por infecções respiratórias decorrentes de suas deformidades de coluna vertebral, obstrução de vias aéreas inferiores e superiores e aspiração pulmonar (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Durante os estágios hospitalares da graduação na área da criança, a autora percebeu as próprias dificuldades e as dos colegas em comunicar-se e, principalmente, compreender os sinais de comunicação emitidos pelas crianças com PC. Situações deste tipo podem provocar sentimentos de frustração e impotência por parte de quem presta o cuidado, e angústia por parte da criança com PC, expressa por meio de gestos e olhares na tentativa de fazer entender. Ressalta-se a importância de dominar a comunicação não verbal, a atenção aos sinais emitidos, com o objetivo de melhorar a eficácia do cuidado e a humanização dos atendimentos em saúde.

Estudos realizados com acadêmicos de diversas profissões da área da saúde discorrem sobre suas percepções sobre a comunicação não verbal emitida pelo paciente e apontam dificuldades com relação às manifestações corporais. Estudantes de medicina, embora considerem importante a comunicação não verbal no atendimento, demonstraram não dominar

esta habilidade, utilizando-se predominantemente da comunicação verbal. O escasso conhecimento acadêmico sobre essa forma de comunicação deve-se ao fato do tema ser ainda hoje pouco difundido na formação dos profissionais das ciências da saúde (RAMOS; BORTAGARAL, 2012). Desta forma, há a necessidade de aprendizado sobre comunicação nos cursos de graduação na área de saúde.

A deficiência de compreensão da comunicação não verbal aparece no momento da aplicação da correlação teórico-prática. Existe uma lacuna no meio acadêmico observada na prática com as dificuldades em se estabelecer uma comunicação efetiva com o paciente impossibilitado de oralidade. Conseguir entender as mensagens enviadas pelas crianças com PC e estabelecer uma relação é primordial para atender as necessidades básicas das mesmas (SANTOS; SHIRATORI, 2005).

No Brasil, sabe-se que há cursos de enfermagem que incluem o ensino da teoria da comunicação, porém de forma ainda genérica, dando maior ênfase para os procedimentos técnicos específicos (SADALA; STEFANELLI, 1996). No entanto, a habilidade da comunicação não verbal contribui para a excelência da prática de enfermagem. A sensibilidade e atenção do enfermeiro na realização de um procedimento doloroso em uma criança com PC transformar um momento de angústia e medo em um momento de mais tranquilidade e segurança. A comunicação é elemento fundamental para proporcionar a criança com PC um cuidado adequado e a interação interpessoal e social.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALTOR, M. R. R.; BORGES, A. A.; DUPAS, G. Interação com a criança com paralisia cerebral: comunicação e estigma. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan-mar 2014. Disponível em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Admin/Meus%20documentos/Downloads/1414-8145-ean-18-01-0007.pdf> Acesso em: 2 abr 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à pessoa com paralisia cerebral. Brasília, 2013. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_paralisia\\_cerebral.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_paralisia_cerebral.pdf) Acesso em: 23 Fev 2014.
- CUNHA, J. O. V.; RÉZIO, G. S.; FORMIGA, C. K. M. R. Correlação entre assistência do cuidador e desempenho funcional em crianças com paralisia cerebral. **Revista Neurociências**. São Paulo, v. 20, n. 4, ago 2012. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2004/original%2020%2004/762%20original.pdf> Acesso em: 30 mai 2014.
- DIAS, A. B. et al. O toque afetivo na visão do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 61, n. 5, set-out 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a12v61n5.pdf> Acesso em: 30 mar 2014.
- HALLAL, C. Z.; MARQUES, N. R.; BRACCIALLI, L. M. P. Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas em um programa de estimulação precoce. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 18, n. 1, abr 2008. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822008000100005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822008000100005&script=sci_arttext) Acesso em 1 jun 2014.
- HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8ª ed. São Paulo: Elsevier; 2011.
- INABA, L. C.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 39, n. 4, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/07.pdf> Acesso em: 28 mar 2014.
- RAMOS, A. P.; BORTAGARAI, F. D. A comunicação não-verbal na área da saúde. **Revista CEFAC**. São Paulo, v. 14, n. 1, fev 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462012000100019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012000100019) Acesso em: 15 mar 2014.
- ROTTA, N. T. Paralisia cerebral, novas perspectivas terapêuticas. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 78, supl 1, jul 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572002000700008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572002000700008&script=sci_arttext) Acesso em: 01 jun 2014.
- SADALA, M. M. A.; STEANELLI, M. C. Avaliação do ensino de relacionamento enfermeira-paciente. **Revista Latino-americana enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 4, n.

especial, abr 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4nspe/v4nea14.pdf> Acesso em: 20 mar 2014.

SANTOS, C. C. V.; SHIRATORI, K. A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 58, n. 4, ago 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400010&script=sci_arttext) Acesso em: 15 mar 2014.

SCORSOLINI-COMIN, F.; AMORIM, K. S. “Em meu gesto existe o teu gesto”<sup>1</sup>: Corporiedade na inclusão de crianças deficientes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 23, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v23n2/v23n2a08.pdf> Acesso em: 2 abr 2014.

SOTORIVA, P.; SEGURA, D. C. A. Aplicação do método Bobath no desenvolvimento motor de crianças portadoras de síndrome de Down. *Revista Saúde e Pesquisa*. São Paulo, v. 6, n. 2, mai/ago 2013. Disponível em: <http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/2514/1994> Acesso em: 18 mai 2014.

STEFANELLI, M. C. Comunicação com paciente Teoria e Ensino. 2ª Edição. São Paulo: Robe editorial, 1993.

STEFANELLI, M. C. CARVALHO, E. C. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. São Paulo: Manole, 2005.

ORDAHI, L. F. B.; PADILHA, M. I. C. S.; SOUZA, L. N. A. Comunicação entre a enfermagem e os clientes impossibilitados de comunicação verbal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, out 2007. Disponível em: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Admin/Meus%20documentos/Downloads/2477-3758-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Admin/Meus%20documentos/Downloads/2477-3758-1-PB%20(2).pdf) Acesso em: 16 mar 2014.

ZANINI, G.; CEMIN, N. F.; PERALLES, S. N. Paralisia cerebral: causas e prevalências. **Fisioterapia e movimento**. Paraná, v. 22, n. 3, jul 2009. Disponível em: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Admin/Meus%20documentos/Downloads/rfm-2814%20\(2\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Admin/Meus%20documentos/Downloads/rfm-2814%20(2).pdf) Acesso em 16 mar 2014.